

重度心身障害者医療費給付申請書

猪苗代町長

平成 年 月 日

申請者 住所 猪苗代町
氏名

印

受給者証
記号・番号

猪苗代町

受給者名

1. 入院 2. 入院外

保険診療証明書

診療月	年		月		1	2	3	4	1	2	3		
					医科	歯科	調剤	その他	一般	高齢受給者	後期高齢者		
診療科目	1	2	4	5	6	8	9	10	11	12	14	16	19
	内	精	神内	呼	消	循	小	外	整	形	脳外	心外	皮
	20	25	26	27	29	36	37	38	41	44	53	その他	
	泌尿	婦	眼	耳	糖	リハ	柔整	訪看	歯	調剤	透析		
医療の給付	保険診療合計点数				点		負担(受領)金額				円		
	入院日数 (※入院の場合)				日		(*入院時食事療養費 標準負担額を除く)						
平成 年 月 日				医療機関 コード									
				医療機関 所在地									
				薬局 名称									
				氏名						印			

高額療養費支給に関する確認書(申立書)

下記のとおり確認(申立て)します。

平成 年 月 日

確認者(申請者)名

印

猪苗代町長

医療を受けた者の氏名	医療を受けた病院・診療所等	病院等で支払った一部負担金額	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	摘要
合計					

給付決定額

円

処理 審査 台帳 電算

確認

(裏)

- (注) 1 「高額療養費支給に関する確認書(申立書)」欄(以下「申立書等欄」という。)は、あなたが 70 歳未満であり (後期高齢者医療被保険者を除く)、21 千円以上の医療費を支払ったが、高額療養費に該当しない場合、本人申立てとして記入してください。
- 2 あなたが国民健康保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、あなたの町の国民健康保険担当課で確認を受けてください。
- 3 あなたが後期高齢者医療費から高額療養費の支給を受けることができる場合、あなたの町の後期高齢者医療担当課で確認を受けてください。
- 4 あなたが国民健康保険以外の保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書等」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申請と同時に提示してください。
- 5 申立書等欄の記入のため、病院等からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。
- 6 申立書等欄に、記入漏れ又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。
- 7 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方は、入院に係る給付申請書を提出するとき、「重度精神障害者の入院治療にかかる保険診療証明書」を添付してください。
- 8 入院に伴う入院時食事療養費標準負担額は、給付の対象となりません。